

# УВЕДОМЛЕНИЕ ОБ ОТРИЦАТЕЛЬНОМ ЗАКЛЮЧЕНИИ В ОТНОШЕНИИ ЛЬГОТ (NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION, NOABD)

# Информация, касающаяся запроса о лечении

#### Click or tap to enter a date.

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiary’s Name | Treating Organization’s Name |
| Address | Address |
| City, State Zip | City, State Zip |

### ТЕМА: *Service Type*

В настоящее время Вы получаете следующие услуги: ***service type.*** Начиная с Click or tap to enter a date., мы больше не будем предоставлять Вам данное лечение По указанным далее причинам. ***Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision;*** ***2. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procedures that support the*** ***action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity***

Если Вы не согласны с данным решением, можете обжаловать его. Сведения о том, как это сделать, приведены в прилагаемом информационном уведомлении «Ваши права». Кроме того, этот документ содержит данные о том, где можно получить помощь с подачей апелляции И бесплатную юридическую консультацию. Обязательно предоставьте вместе с апелляцией любые сведения или документы, подтверждающие Ваши доводы. При подаче апелляции соблюдайте сроки, указанные в прилагаемом информационном уведомлении «Ваши права».

Вы можете запросить бесплатные копии всей информации (в том числе руководств, протоколов или критериев), которую мы использовали при вынесении решения. Для этого звоните представителям Системы организованного обеспечения лекарственными препаратами за счет страхования Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) округа Ориндж на номер 866-308-3074.

Если Вы в настоящее время получаете услуги и хотите, чтобы Вам продолжали их оказывать в период рассмотрения апелляции, подайте апелляционное заявление в течение 10 дней с даты, указанной в данном письме или до даты получения уведомления от Плана о прекращении предоставления указанных выше услуг либо сокращении их объема.

Данное уведомление не касается других получаемых Вами услуг Medi-Cal.

Если у Вас возникли вопросы о данном уведомлении, обратитесь к представителям DMC-ODS округа Ориндж. Номер телефона: 866-308-3074. График работы: с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00. Лицам с нарушениями речи или слуха следует звонить на номер 866-308-3073 с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00.

Чтобы получить данное уведомление и (или) другие документы в альтернативных форматах (например, крупным шрифтом, шрифтом Брайля либо в электронном виде), а также помощь в ознакомлении с материалами, звоните в DMC-ODS округа Ориндж на номер 866-308-3074.

Если Ваш запрос не будет удовлетворен Планом в полной мере и (или) Вам потребуется дополнительная помощь, обратитесь в Офис омбудсмена Государственной программы управляемого ухода Medi-Cal (State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office). Номер телефона: 1-888-452-8609. График работы: с понедельника по пятницу с 08:00 до 17:00 по тихоокеанскому стандартному времени (за исключением праздничных дней).

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Временный помощник заместителя начальника отдела*

*Отдел управления качеством обслуживания (Quality Management Services, QMS)*

Вложения: документ «Ваши права»

Информация о языковой поддержке

Уведомление о недопущении дискриминации

*All three of the enclosures were provided to the beneficiary. E.C.*